

UNIVERSIDAD DE ALMERÍA



FACULTAD DE HUMANIDADES Y PSICOLOGÍA

División de Psicología



Trabajo Fin de Grado en Psicología
Convocatoria Septiembre 2014

**ESTUDIO DE CASO SOBRE LOS EFECTOS DE UN PROGRAMA
DE DEPORTE ADAPTADO EN EL
TRASTORNO MENTAL GRAVE.**

**CASE STUDY ON THE EFFECTS OF A PROGRAM FOR PEOPLE
WITH ADAPTED SPORTS
SERIOUS MENTAL DISORDER.**

Autor/a: Rafael Rodríguez Ibáñez
Tutor/a: Adolfo Javier Cangas Díaz

RESUMEN

El Trastorno Mental Grave (TMG) ha estado siempre ligado a aislamiento y nula relación social. En este estudio de caso se mostró los resultados de un programa deportivo con participantes con enfermedad mental grave. Para ello se evaluó aspectos físicos y psicológicos antes y después del programa. La hipótesis planteada era que el programa iba a mejorar al participante física y psicológicamente, pero los resultados han desechado esta afirmación, no obstante puede haber otros factores implicados en los resultados de las pruebas como la motivación y los cambios de humor del participante, ya que subjetivamente el participante dice haber mejorado y la observación de sus actos también lo demuestra.

Severe mental illness has always been linked to isolation and lack of social relationship. In this case study the results of a sports program with subjects with severe mental illness showed. This physical and psychological aspects before and after the program was evaluated. The hypothesis was that the program was to improve the physical and psychological subject, but the results have rejected this claim, however there may be other factors involved in test results as motivation and mood swings of the subject, as subjectively the subject says have improved and observing their actions also demonstrated.

PALABRAS CLAVE: Deporte, inclusión social, psicología, esquizofrenia, trastorno mental grave.

KEY WORDS: Sport, social inclusion, psychology, schizophrenia, severe mental illness.

INDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	PÁGINA 4
2. MÉTODO.....	PÁGINA 7
3. RESULTADOS.....	PÁGINA 10
4. CONCLUSIÓN.....	PÁGINA 14
5. REFERENCIAS.....	PÁGINA 16

1. INTRODUCCIÓN

La actividad física, la salud y la calidad de vida están íntimamente relacionadas. Hace alrededor de 2.500 años Hipócrates prescribía ejercicio físico a sus pacientes diagnosticados de “melancolía”, un término utilizado aún hoy en día por algunos psiquiatras para hacer referencia a la depresión mayor. A finales del siglo XVIII el Tratamiento Moral, cuyo principal impulsor fue Philippe Pinel, identifica el trabajo, el ejercicio físico y las manualidades como ejes centrales que garantizan la salud. Del mismo modo, el trabajo y la utilización de actividades cotidianas, de entretenimiento y el ejercicio físico constituyen también la base fundamental del Retiro de York, fundado por Tuke en 1796.

Con este movimiento y por diversas influencias contextuales del momento nace la psiquiatría moderna (Natalia Hermida Carballido, 2011). Ya los griegos sabían que la inteligencia solo funcionaba al 100% con un cuerpo sano y fuerte.

Kielhofner, (1980) en su modelo de ocupación humana, afirma que la actividad humana es necesaria para la vida, entendiendo al ser humano como un ser activo y que la actividad puede ser entendida fundamentalmente como espontánea e intrínseca a la naturaleza humana.

Diferentes autores, definen la actividad física como: cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos y que resulte en un gasto de energía añadido al gasto del metabolismo basal (el gasto de energía en situación de reposo). Es decir, se refiere a la energía utilizada para el movimiento, un gasto de energía adicional al que necesita el organismo para mantener las funciones vitales (respiración, digestión y circulación de la sangre, entre otras). Se entiende, por lo tanto, que la actividad física es una actividad necesaria e intrínseca a la naturaleza humana.

Además, es conocido que la actividad física protege contra el aumento de peso y la obesidad. Esta función protectora podría ser relevante para pacientes con esquizofrenia ya que los pacientes con sobrepeso tienen más probabilidad de experimentar una menor calidad de vida. (Martín-Sierra, Vancampfort, Probst, Bobes, Maurissen, Sweers, De Schepper y De Hert, 2011).

La obesidad es un problema común en la esquizofrenia y en otros trastornos psicóticos. Los antipsicóticos están asociados a menudo con un aumento de peso sustancial, un efecto secundario que ocurre con las medicaciones más antiguas, pero incluso mucho más con las medicaciones de última generación (Allison, Mentore, Heo, Chandler, Cappelleri, Infante, 1999)

Los estudios actuales proporcionan datos que hablan de que de un 40 a un 80% de las personas que toman medicación antipsicótica experimentan ganancias de peso de un 20% o más por encima de su peso ideal (Masand et al., 1999; Umbricht, Pollack, y Kane. 1994).

Diversos estudios muestran que las personas con enfermedades mentales severas tienen una vida significativamente menos activa que la población general, incluido en el concepto de “vida activa” aquello que concierne la actividad física. Hay una creciente evidencia de que la depresión y los trastornos de ansiedad comparten con la obesidad unas complicaciones comunes en la salud, como las enfermedades cardiovasculares y diabetes mellitus de tipo II.

Es claro que la alta prevalencia de obesidad es al menos tan alarmante para las personas con enfermedad mental grave como lo es para la población en general, y las personas que toman medicamentos antipsicóticos pueden estar en riesgo particularmente alto de morbilidad relacionada con la obesidad.

Estas complicaciones de salud, en parte se podrían explicar por un estilo de vida sedentario en el que se encuentran, generalmente, las personas con enfermedad mental; situación que se comparte con las personas con obesidad. Pero la obesidad en personas con enfermedad mental está relacionada no sólo a la inactividad, sino que también el aumento de peso está asociado con frecuencia a la utilización de medicamentos psiquiátricos.

La actividad física tiene el potencial de mejorar la calidad de vida de las personas con enfermedades mentales graves a través de dos vías, mediante la mejora de la salud física y mediante la mitigación de discapacidad psiquiátrica y social. La concepción del término “calidad de vida” tiene diferentes definiciones y percepciones, es un término multidimensional, es decir, cuanta con múltiples componentes que dependen del estilo de vida y de las condiciones personales, no es independiente de los diferentes contextos que hay en la vida y en lo que se mueven los participantes.

La OMS define en 1995 la calidad de vida como “la percepción de un individuo de su posición en la vida, en el contexto cultural y el sistema de valores en que vive, en relación con sus metas, objetivos, expectativas, valores y preocupaciones”

Respecto a la esquizofrenia se sabe que no solo la medicación tiene impacto en el riesgo cardiovascular; los pacientes con esquizofrenia fuman más, tienen malos hábitos de alimentación y un estilo de vida más sedentario que la población general. La actividad física, entendida aquí como cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos cuyo resultado es el gasto calórico, debería, por tanto, ser un componente importante dentro de un protocolo de tratamiento multidisciplinar.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), existe una fuerte evidencia que muestra que la actividad física tiene efectos beneficiosos en la patogénesis de todos los desórdenes metabólicos específicos del síndrome, incluyendo todas las enfermedades cardíacas y vasculares importantes.

En resumen creemos que el aislamiento social y el sedentarismo hacen que la calidad de vida del enfermo mental disminuya hacia límites que rozan lo inhumano. A menudo se ve como estas personas se recluyen en sus habitaciones manteniendo contacto social solo con su familia y en bastantes casos iniciando dependencias a drogas como método de evadirse.

Lo que se hace en el programa deportivo de FAISEM es:

1. Actividades de gimnasia adaptada: aquí se trabajará actividades de aeróbic, fitness, procurando que sea sencilla para los pacientes. Será muy importante la utilización de la expresión musical y corporal, es decir, una gimnasia orientada a mejorar la capacidad cardio-respiratoria mediante esfuerzos aeróbicos a través de propuestas de expresividad corporal, bailes y canciones, hacerles reír, “ejercicio físico y una sonrisa, por favor”.

2. Juegos, ejercicios cooperativos y que favorecen la cohesión grupal. En este tipo de actividades se buscarán propuestas motrices que favorezcan la confianza en sí mismo, que sean divertidos y en el que todos los integrantes puedan participar activamente. Algunos ejemplos de los mismos se encuentran descritos, por ejemplo, en Gómez Calvache (2012).

3. Actividades deportivas: utilizaremos práctica de deportes individuales y de equipo, como el atletismo, balonmano, baloncesto, fútbol, rugby y kin-ball, todo ello adaptado a las características de la muestra, con un nivel de ejecución deportiva bajo-medio para que favorezca más la inclusión a través de ejercicios divertidos.

4. Actividades de senderismo con la finalidad de que a través de una actividad física como andar por los parajes de la zona donde viven los pacientes, logren obtener resultados favorables tanto físicos, conseguidos a través de la marcha prolongada durante la jornada de senderismo, como psíquicos proporcionados por la propia actividad física, relajación, liberación de ansiedad y estrés, apoyado en el contacto directo con la naturaleza.

Con nuestro estudio de caso sobre uno de los usuarios, queremos ver la mejora física y psicológica que ha supuesto este programa a lo largo de 9 meses.

2. METODO

Nuestro participante es una mujer de 33 años, tiene una alta tasa de asistencia a las sesiones deportivas. Tiene un humor inestable y su motivación varía mucho de un día a otro.

Aunque nosotros nos vamos a centrar en la evolución de un usuario en concreto vamos a exponer en que consiste y como se desarrolla el proyecto completo.

El proyecto consta de una de aplicación de un programa adaptado de actividad físico-deportiva.

Diseño del estudio

Estudio de caso.

Instrumentos de medida

Los instrumentos de medida utilizados para nuestro participante son los siguientes:

- Batería AFISAL-INEFC (Rodríguez et al. 1995 a-c, 1998). Esta batería valora la condición física saludable mediante la aplicación de diferentes pruebas. Para el presente estudio utilizaremos las seis primeras: Cuestionario de Actitud para la Actividad Física (C-AAF); Valoración de la composición corporal (IMC, ICC, porcentaje de grasa estimado); fuerza máxima de prensión; Equilibrio estático mono-podal sin visión; Fuerza-resistencia abdominal; flexibilidad del tronco; Fuerza explosiva del tren inferior.
- 6 Minute Walk Test: Prueba de caminata de 6 minutos. El 6MWT es un test sub-máximo que mide la capacidad funcional de ejercicio. El test es conocido por ser un buen reflejo del nivel funcional de ejercicio durante las actividades físicas diarias. El 6MWT ha demostrado ser un test fiable a la hora de medir la capacidad funcional en pacientes con esquizofrenia (Vancampfort, Probst, Maurissen, Sweers, Knapen y De Hert, 2011).
- Escala de Ansiedad de Hamilton (versión adaptada por Lobo, Camorro, Luque et al., 2002). Se trata de una escala heteroadministrada por un clínico tras una entrevista previa. No existen puntos de corte, una mayor puntuación indica una

mayor intensidad de la ansiedad. Es sensible a las variaciones a través del tiempo o tras recibir tratamiento.

- Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ). (Adaptación española por Muñoz, Vázquez-Barquero, Rodríguez, Pastrana y Varo, 1979). Este cuestionario auto administrado tiene como población diana a la población en general y es sugerido para la valoración de la salud mental. Se trata de un buen instrumento de “screening” para detectar problemas de nueva aparición, no resulta sin embargo un buen predictor de gravedad clínica.
- Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR). Cuestionario para explorar la autoestima personal entendida como los sentimientos de valía personal y de respeto a sí mismo. La escala ha sido traducida y validada al castellano por Baños y Guillén (2000).
- Escala Psiquiátrica Breve (BRPS) (original de Overall y Gorham, 1962). Existen múltiples versiones de ésta, para el presente proyecto nos hemos decantado por la versión más extendida y utilizada, la versión de 18 ítems. Existe una adaptación española realizada por Peralta y Cuesta (1994). Se trata de un escala heteroaplicada para pacientes psicóticos en la que se valora la respuesta al tratamiento farmacológico en pacientes psicóticos y, también diagnóstico y clasificación sindrómica de este cuadro. También apropiada como clasificación de la sintomatología predominante, positiva o negativa.
- Encuesta de hábitos y preferencias deportivas. Instrumento diseñado ex profeso para la presente investigación, analiza diferentes hábitos e intereses por diversas actividades deportivas por parte de personas con trastorno mental grave.
- Cuaderno de campo. Elaborado ex profeso para la presente investigación, durante la intervención se irá anotando la valoración que los usuarios realizan de las actividades realizadas, su grado de satisfacción, así como la asistencia e implicación en las mismas. También cualquier incidencia relevante que ocurra durante las sesiones.

En el estudio de caso que nos ocupa lo que haremos será comparar las medidas pretest (antes del programa) con las post-test (9 meses después).

Procedimiento

El programa se divide en tres partes. Una primera etapa de iniciación a la actividad física y deportiva que se desarrolló durante el primer mes desde su implementación. Una segunda fase de desarrollo de hábitos de actividad física y deportiva que se llevó a cabo desde el segundo hasta el quinto mes y, una tercera y última fase de consolidación de los hábitos físicos y deportivos que se desarrolló desde el sexto al noveno mes de intervención.

El programa de actividad física tuvo lugar 3 días a la semana con dos horas de duración cada sesión. Además, se realizaron tres salidas extraordinarias, una en cada trimestre, a diferentes lugares para realizar actividad física y deportiva en el medio natural.

3. RESULTADOS

PESO E ÍNDICE DE MASA CORPORAL

En el peso y en el IMC se aprecia un ligero incremento (Tabla 1).

	PESO	IMC
Pre	70,7	29,78
Post	71	30,08

Tabla 1. Peso e IMC antes y después de la intervención

PRUEBA DE LOS 6 MINUTOS.

DISTANCIA CAMINADA (pretest)	555metros
DISTANCIA CAMINADA (pos-test enero 14)	531metros

Tabla 2. Distancia caminada en metros antes y después de la intervención

En esta prueba consistente en calcular los metros que andan a paso rápido durante 6 minutos vemos que el programa no ha supuesto mejoras en metros andados ya que se han reducido en 24 metros.

TMT:

	TMT (a)	TMT (b)
TMT (pretest)	70	409
TMT (pos-test enero 14)	40	127

Tabla 3. TMT antes y después de la intervención

Los resultados en el pretest del mostraban un deterioro severo en la velocidad de procesamiento y atención sostenida. Posteriormente los resultados mejoraron aunque siguen en un nivel de deterioro alto en velocidad de procesamiento y atención sostenida. Cosa que hemos podido observar en la conducta diaria. Los resultados pueden mostrar que el participante es inatento y se distrae con facilidad.

Respecto a la parte (B) vemos que en el pretest había una puntuación extremadamente anormal en atención sostenida y flexibilidad cognitiva, en el post-test se normaliza algo más pero sigue estando por encima de los límites del deterioro cognitivo severo.

GHQ28

GHQ28 (pretest)	19
GHQ28 (pos-test enero 14)	18

Tabla 4. GHQ28 antes y después de la intervención

En este test auto-administrado el participante se ve muy mal de salud. En el posttest se ha reducido un punto, aunque sigue siendo una puntuación muy alta.

BPRS

BPRS (pretest)	35
BPRS (pos-test enero 14)	20

Tabla 5. BPRS antes y después de la intervención

En esta ocasión vemos en que en el pretest la puntuación estaba en 35, lo cual siguiendo los baremos de la prueba era una puntuación muy alta que revelaba un trastorno grave. En el post-test la puntuación se normalizó entrando en los valores de trastorno leve.

EAH

EAH (pretest)	18
EAH (pos-test enero 14)	4

Tabla 6. EAH antes y después de la intervención

En el pre test la puntuación de 18 indicaba que el participante podía ser diagnosticado de ansiedad mayor, posteriormente la puntuación bajó revelando que no se padecía ansiedad.

EAR

EAR (pretest)	25
EAR (pos-test enero 14)	23

Tabla 7. EAR antes y después de la intervención

Los datos en el pretest arrojaron una puntuación en autoestima baja, indicando que el participante tenía baja autoestima. En el post-test incluso disminuyó dos puntos. Lo que nos hace pensar que la autoestima, tras el programa, sigue siendo baja.

VALORACION PERSONAL, ENTREVISTA.

-¿Te encuentras mejor contigo mismo desde que empezó el programa?

-Sí, lo he notado.

-¿Crees que has mejorado en alguna cuestión psicológica como, ansiedad, depresión, empatía, desde que empezó el programa?

-Sí, pero depende del día.

-¿Te encuentras mejor físicamente desde que empezó el programa?

-Sí, ahora me canso menos y hago todo mejor.

-¿Cómo te encuentras cuando vienes al programa?

-Normalmente me lo paso bien, pero hay días que me levanto mal y no tengo ganas de nada.

-¿Te gusta estar con tus compañeros y monitores?

-Sí, generalmente me llevo bien con todos y me lo paso bien.

-¿Qué es lo que más te gusta del programa?

-Desconectar de la rutina. De deportes destaco el baloncesto y los estiramientos.

-¿Qué dificultades has encontrado en el programa?

-Me cuesta llevar la iniciativa de hacer las cosas o que los demás estén pendientes de lo que hago. También estoy disgusto cuando tengo que dar la mano a mis compañeros ya que me sudan mucho y me siento incómoda.

-¿Has venido al programa por propia voluntad? ¿o por recomendación de psiquiatra/familia/otros?

-Por propia voluntad.

-¿Qué crees que se debe mejorar del programa?

-Se podían incorporar más deportes de chicas, como el vóley. También me gustaría jugar al tenis. Creo que también se debería fomentar que hubiera más chicas.

4. CONCLUSIÓN.

La hipótesis planteada en este proyecto era que tras los 9 meses del programa deportivo, el participante elegido iba a mostrar mejoría en los apartados físicos y psicológicos evaluados. Pues bien, viendo los resultados podemos decir que realmente no hay una mejoría evidente y en algunas pruebas los resultados han empeorado. Por lo que para este participante, el programa no ha mejorado sus aspectos físicos y psicológicos. Por lo que tenemos que afirmar que la hipótesis planteada es falsa.

Es interesante ver como por ejemplo, en las pruebas físicas tras los 9 meses de programa el participante aumenta el peso y el índice de masa corporal. Es cierto que son diferencias mínimas, pero hay que tener en cuenta que lejos de bajarlo, aumenta, aunque sea en una pequeña proporción. Es curioso, porque el participante es activo y realiza ejercicio físico todos los días, aparte del programa ya que entre sus actividades favoritas se encuentra pasear. Igual de curioso es que bajara el rendimiento en la prueba de los 6 minutos. Sabiendo que el participante anda todos los días y le gusta pasear. Quizás en esta prueba habría que tener en cuenta el grado de motivación e implicación que el participante tuvo en el momento de realizarla.

Respecto a las pruebas psicológicas hay mucha variedad a lo largo de las dos evaluaciones realizadas. Comenzando con en el TMT, vemos que la velocidad de procesamiento y atención sostenida estaba muy afectada en el pretest y que aunque tras el programa ha disminuido, no se puede considerar una mejoría importante .

Exactamente igual pasa con la atención sostenida y flexibilidad cognitiva. Pero en este caso aunque los resultados post-test siguen mostrando unos resultados muy altos, hay una gran mejoría respecto al inicio del programa en la evaluación post-test. Es cierto que viendo los resultados del pretest, podemos pensar que pudo influir algún tipo de variable extraña en el momento de la ejecución porque los resultados son extremadamente inauditos.

En la prueba del GHQ28 vemos que el participante sigue en el mismo nivel de puntuación, indicando que el participante se ve mal de salud. Y las puntuaciones están muy alejadas de las puntuaciones tipo aunque disminuyen lentamente. Por lo que el participante aún después del programa se sigue viendo mal de salud.

Quizás una de las pruebas con más mejoría en el post-test es el BPRS ya que los resultados iniciales indicaban un trastorno grave con unas puntuaciones extremas y tras los 9 meses la calificación entraba dentro de los valores de trastorno leve.

La ansiedad disminuyó de forma considerable tras los 9 meses del programa lo que estaba calificado como un trastorno de ansiedad desapareció, mostrando unos resultados de no ansiedad.

En el caso de la autoestima, el participante comenzó el programa deportivo con una autoestima baja y tras la evaluación post-test vemos que incluso los resultados eran peores.

Si nos fijamos en la entrevista personal, vemos que las respuestas del participante son positivas y sí que nota mejoría.

Es posible que los resultados de las pruebas estén motivados también por la falta de implicación y de motivación. Tras el trato con el participante a lo largo de los meses de programa, se puede comprobar que su estado de humor es muy variable y que como ella misma dice depende el día a veces se nota que está mejor y otras peor. Algo personal pudo pasar para que los resultados estuvieran en cuotas tan elevadas. Aunque yo me inclino por la hipótesis de que sus resultados están marcados por otras variables como, la falta de motivación, la presencia de otros en las evaluaciones, el agobio, etc. Por lo que yo pienso que algunas medidas se deberían de haber repetido ya que el participante realmente no muestra estos síntomas en el día a día.

Yo considero que su falta de autoestima y falta de apoyo hace que sea tan inestable emocionalmente y esto provoca que la desgana y el pasotismo a veces desvirtúen sus mejorías físicas y psicológicas y no se plasmen en las evaluaciones.

Así que aunque las pruebas objetivas, en algunas medidas, hagan que tengamos que rechazar la hipótesis, creo que el programa si es beneficioso y ha repercutido en una mejoría en sus actitudes y aptitudes.

Como líneas a seguir y a mejorar para tener una visión más exhaustiva de cada participante se deberían introducir otros tipos de evaluación cualitativa, para los participantes que como el que nos ocupa, puedan distorsionar sus resultados por otras variables. Por ejemplo la entrevista personal como la propuesta está en oposición con los datos objetivos.

Evaluando el programa en sí, está claro que es beneficioso para los enfermos mentales graves, ya que a parte de lo físico, el deporte los ayuda mucho y es evidente que mejoran en su capacidad atlética, sus relaciones sociales y capacidad de interacción mejoran ya que se crean nuevas amistades con sus compañeros y monitores y en algunos casos ellos mismos toman la iniciativa para seguir haciendo deporte y otras actividades juntos fuera del horario del programa. De igual modo, la música con la que se acompañan las sesiones hace que bailen y se diviertan.

5. REFERENCIAS

- Arruza, J. A., Arribas, S., Gil De Montes, L., Irazusta, S., Romero, S. y Cecchini, J. A. (2008). Repercusiones de la duración de la Actividad Físicodeportiva sobre el bienestar psicológico. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte*, 8(30), 171-183.
- Fernández, E., García, J., & Martínez C.. (2011). Estudio sobre la aplicación de un programa de actividades deportivas en pacientes con patología dual. *Revista de iberoamericana de psicología del ejercicio y el deporte*, 6, 113-132.

- Martín-Sierra, A., Vancampfort, D., Probst, M., Bobes, J., Maurissen, K., Sweers, K., De Schepper, E., & De Hert, M. (2011). *La capacidad de marcha está asociada a la calidad de vida (relacionada con la salud) y nivel de actividad física en pacientes con esquizofrenia: estudio preliminar*. Julio, 2014, de Universidad de Oviedo. Sitioweb: http://www.unioviado.es/psiquiatria/publicaciones/documentos/2011/2011_Martin_Walking.pdf
- Márquez S.. (1995). Beneficios psicológicos de la actividad física. *Revista de psicología general y aplicada*, 48 (1), 185-206..
- Vaquero Sánchez M.(2011). Terapia ocupacional en centros de rehabilitación psicosocial. *A propósito de un caso clínico de esquizofrenia paranoide. TOG* (A Coruña). 2011; 8(14)
- Caspersen C. J, Powell K. E, Christenson G. M. (1985). Physical activity, exercise and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. *Public health Reports*, 100:126-31.
- Ferrari, C.. (2008). Metabolic syndrome and obesity: epidemiology and prevention by physical activity and exercise. *Physical activity, exercise, and physical fitness*, 6 (2), 87–96.